

Zur Bedeutung des subjektiven Erlebens der Familienangehörigen schizophrener Patienten für ihr Interaktionsverhalten dem Patienten gegenüber

Stricker, K.; Schulze Mönking, H.; Buchkremer, G.

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Stricker, K., Schulze Mönking, H., & Buchkremer, G. (1996). Zur Bedeutung des subjektiven Erlebens der Familienangehörigen schizophrener Patienten für ihr Interaktionsverhalten dem Patienten gegenüber. *Zeitschrift für Familienforschung*, 8(2), 73-80. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-323188>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more Information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

Kurzbericht

Zur Bedeutung des subjektiven Erlebens der Familienangehörigen schizophrener Patienten für ihr Interaktionsverhalten dem Patienten gegenüber

K. Stricker, H. Schulze Mönking und G. Buchkremer

Einleitung

Die Wirkung von therapeutischen Interventionen in Familien schizophrener Patienten wird theoretisch durch die Reduktion der sogenannten "Expressed Emotion" erklärt, einer Variablen, die sich in vielen Verlaufsstudien (vgl. u.a. Kavanagh, 1992; Bebbington & Kuipers, 1994; Schulze Mönking und Buchkremer, 1995) als wichtiger Prädiktor für den weiteren Krankheitsverlauf, insbesondere für psychotische Rezidive der Patienten erwies.

Wie kommt es nun zu ungünstigem Interaktionsverhalten wie es das "EE-Konzept" beschreibt? Interessanterweise finden sich in den meisten EE-Studien nur schwache Zusammenhänge zur Symptomatik und Krankheitsschwere, so daß das ungünstige Interaktionsverhalten nicht als reine Reaktion auf die Schwere der Krankheitssymptome verstanden werden kann. Offenbar spielen Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse der Angehörigen sowie wahrscheinlich auch Persönlichkeitsvariablen eine wichtige Rolle. In der vorliegenden Studie werden die Zusammenhänge zwischen dem Angehörigenerleben (gemessen mit dem Gießentest, vgl. Beckmann & Richter, 1972) und ihrem Interaktionsverhalten dem Patienten gegenüber untersucht. Das Interaktionsverhalten wurde dabei in einem Hausbesuch mit dem Münsteraner Familienbogen (MFB) direkt beobachtet. Der MFB (vgl. Buchkremer et al., 1986; Stricker, 1995) enthält die Beobachtungsdimensionen Kritik, Feindseligkeit, Überengagement, Resignation und Wärme.

In die Untersuchung wurden 99 Familien von nach DSM III-Kriterien (1980; s. Literaturverzeichnis) als schizophren diagnostizierten Patienten aufgenommen, die mindestens zwei psychotische Episoden innerhalb von zwei Jahren oder mindestens eine ein Jahr lang andauernde prolongierte psychotische Episode aufwiesen. Zu Studienbeginn waren alle Patienten wenigstens seit acht Wochen nicht mehr in stationärer Behandlung und lebten bei ihren Angehörigen. Die 99 Patienten (27 weiblich, 72 männlich) waren zu Studienbeginn zwischen 18 und 45 Jahren alt (Median: 26 Jahre), im Mittel seit 4,5 Jahren erkrankt und wiesen meist eine mittelgradige Residualsymptomatik auf. Bei 94 der 99 Familien konnte zu Studienbeginn ein Hausbesuch durchgeführt werden, in dem das MFB-Interview zur Anwendung kam; es wurden insgesamt 171 Angehörige beobachtet. 102 dieser Angehörigen konnten in die vorliegende Untersuchung einbezogen werden und schätzten sich selbst und ihren erkrankten Angehörigen im Gießentest ein. Die Teilstichprobe unterschied sich bei allen wichtigen Parametern nicht signifikant von der Gesamtstichprobe. Das Interaktionsverhalten der Angehörigen war zu Studienbeginn von allen wichtigen Maßen der Patientensymptomatik und des bisherigen Krankheitsverlaufes statistisch unabhängig.

Die einzelnen verwendeten Skalen im Gießentest waren zum Teil hoch miteinander korreliert. Deswegen wurde zunächst eine **Faktorenanalyse** der Gießentestergebnisse vorgenommen, um zu voneinander unabhängigen Faktoren des Angehörigenerleben zu kommen, die dann als Prädiktoren zur Vorhersage des Interaktionsverhaltens dienen konnten. Für die genauen Ergebnisse dieser Analyse sei verwiesen auf Stricker (1995). Zusammenfassend läßt sich zur Faktorenanalyse der Gießentesteinschätzungen sagen, daß fünf Faktoren extrahiert werden konnten, die insgesamt 64,5% der Varianz der Einschätzungen aufklärten. Durch Varimax-Rotation ergaben sich recht eindeutige Zuordnungen der Faktorenladungen, so daß eine inhaltliche Interpretation möglich wurde. Drei Faktoren waren inhaltlich durch die Selbsteinschätzung der Angehörigen geprägt. Sie ließen sich als **Einschätzungen der eigenen Kontaktfähigkeit und sozialen Kompetenz (Faktor 2)**, als **Duldsamkeit (Faktor 3)** und als **Tendenz zur Selbstaufopferung (Faktor 4)** deuten. Die Einschätzung der Patienten durch die Angehörigen ließ sich mit zwei Faktoren beschreiben, der **Einschätzung ihrer Kontaktfähigkeit und ihres psychosozialen Funktionsniveaus (Faktor 1)** und der **Einschätzung ihrer sozialen Angepaßtheit und**

ihrer Einschätzbarkeit (Faktor 5).

Bei der folgenden **diskriminanzanalytischen Untersuchung** wurden die MfB-Dimensionen in ihrer dichotomisierten Form als Zielkriterien, die gewonnenen Faktoren des Angehörigenerlebens als Prädiktoren verwendet.

Ergebnisse

Es wurden fünf Diskriminanzanalysen mit den Zielkriterien Kritik, Feindseligkeit, Überengagement, Resignation und Wärme durchgeführt. In der **Tabelle 1** werden die Resultate der fünf Diskriminanzanalysen aufgelistet. Die Übersichtstabelle enthält zunächst die allgemeinen Werte bzgl. der Güte der erfolgten Diskrimination, sowie die standardisierten kanonischen Diskriminanzfunktionskoeffizienten für die einzelnen Faktoren. Über die Höhe dieser Koeffizienten lassen sich die einzelnen Faktoren nach ihrem Gewicht für die Diskriminanzfunktion unterscheiden. Koeffizienten für diejenigen Faktoren, deren Mittelwerte sich in den nach den MfB-Dimensionen gruppierten Untergruppen bei univariater Prüfung unterschieden ($p < .1$), werden durch Fettdruck deutlich gemacht.

Tabelle 1: Diskriminanzanalysen**MFB - Dimensionen / Gießtestfaktoren****N = 102 Angehörige**

	Kritik	Feindselig- keit	Überenga- gement	Resigna- tion	Wärme
kanonische Korrelation	.354	.417	.311	.415	.448
Wilks' Lambda	.875	.826	.903	.8275	.799
p -Wert	.0229	.0023	.0767	.0024	.0006
Faktor 1	-.0874	-.0804	.4533	.4112	.2117
Faktor 2	-.3708	-.5625	-.1193	.3441	.6499
Faktor 3	.0328	-.0698	-.1746	-.0066	.4142
Faktor 4	-.0147	-.1050	.6695	.2117	-.2714
Faktor 5	.9407	.8646	.6149	-.8748	-.6746
korrekte Zuordnung	77%	87%	62%	76%	71%
Spezifität	94%	97%	60%	91%	59%
Sensitivität	28%	23%	64%	43%	79%

Die durchgeführten Diskriminanzanalysen führten zu für die einzelnen MFB-Dimensionen unterschiedlichen Ergebnissen. War eine Vorhersage von **feindseligem**, **resignativem** und **warm empathischem** Angehörigenverhalten gut möglich ($p < .01$), so gelang dies nur schlechter für die Dimensionen **Kritik** ($p < .05$) und **Überengagement** ($p < .1$). Betrachtet man die Höhe der kanonischen Kor-

relation für die Diskriminanzfunktionen und die Höhe der korrekten Zuordnungen, so wird deutlich, daß das Erleben der Angehörigen nur ein Faktor für das Zustandekommen der untersuchten Interaktionsverhaltensweisen sein kann.

In die errechneten Diskriminanzfunktionen gingen die als Prädiktoren verwendeten Faktoren des Angehörigenerlebens in unterschiedlicher Gewichtung ein. Für die Dimensionen Kritik, Feindseligkeit, Resignation und eingeschränkt für Wärme hatte der **Faktor 5**, die Wahrnehmung der Angepaßtheit und Einschätzbarkeit des Patienten, die meiste Bedeutung. Auch für die Vorhersage von überengagiertem Verhalten spielte dieser Faktor, wenn auch geringer gewichtet, eine Rolle. Der **Faktor 2**, die Selbsteinschätzung der Angehörigen bzgl. ihrer Kontaktfähigkeit und ihrer sozialen Kompetenzen, war für die Vorhersage feindseligen und warm empathischen Verhaltens bedeutsam, der **Faktor 4**, die Einschätzung der eigenen Tendenz zur "Selbstaufopferung", war bei der Vorhersage überengagierten Verhaltens am höchsten gewichtet. Der **Faktor 3**, die Einschätzung der eigenen Duldsamkeit, spielte eingeschränkt bei der Vorhersage von warmem empathischen Verhalten eine Rolle. Der **Faktor 1**, die Einschätzung der Kontaktfähigkeit und des psychosozialen Funktionsniveaus des Patienten, der etwa die Angehörigeneinschätzung der Krankheitsschwere abbildet, spielte, bis auf eine schwache Gewichtung bei der Vorhersage resignativen Verhaltens und Überengagements, bei der Vorhersage der Interaktionsverhaltensweisen der Angehörigen so gut wie keine Rolle. Die Richtung der Zusammenhänge war wie erwartet. Obwohl der Faktor 5 sowohl bei der Vorhersage von resignativem Verhalten als auch von Kritik und Feindseligkeit wichtig war, korrelierten die Dimensionen Feindseligkeit und Kritik einerseits und Resignation andererseits nur schwach miteinander. Die Bewertung des Patienten als unangepaßt und uneinschätzbar führte also offenbar entweder zu kritischem und feindseligen oder aber zu resignativem Verhalten der Angehörigen.

Diskussion

Zusammenfassend lassen sich die Ergebnisse wie folgt beschreiben: Aus dem Erleben der Angehörigen, ihrer Selbsteinschätzung und ihrer Einschätzung des Patienten, ließ sich das Interaktionsverhalten der Angehörigen in den für das Konzept der "Expressed Emotion" wichtigen Kategorien zum Teil vorhersagen. Die Vorhersage war v.a. für die Bereiche feindseligen, resignativen und warm empathischen Verhaltens möglich, eingeschränkter für die Bereiche Kritik und

Insgesamt stützen die Befunde die Annahme, daß die Kompetenzen der Angehörigen, ihre Isolation und die Wahrnehmung und Attribution des Patientenverhaltens für die "Expressed Emotion" von Bedeutung sind. Die Wahrnehmung und Bewertung des Patientenverhaltens in spezifischen Bereichen scheint dabei wichtiger zu sein, als das generelle Ausmaß der Symptomatik. McCarty et al. (1986), Cozolino et al. (1988) und Brewin et al. (1991) fanden ebenfalls in der Wahrnehmung und Bewertung des Patientenverhaltens (insbesondere der Unvorhersagbarkeit) und in der Einschätzung eigener Kompetenzen wichtige kognitive Grundlagen für die "Expressed Emotion".

Zum Zusammenhang der Ebene der Kognitionen mit der Verhaltensebene können die Ergebnisse damit einige Hinweise liefern. Bei bestehender relativer statistischer Unabhängigkeit der Interaktionsbeobachtungen von Patientenmerkmalen, war der wichtigste Faktor bei der Vorhersage der Interaktionsdimensionen die Einschätzung des Patienten durch die Angehörigen als unangepaßt und unberechenbar. Hier wurde offenbar krankheitsbedingtes Verhalten als Persönlichkeit oder "schlechter Charakter" interpretiert, worauf die Angehörigen mit Kritik, Feindseligkeit, Resignation oder mangelnder Akzeptanz und Wärme reagierten. Die Wahrnehmung der Angehörigen fand dabei keine Entsprechung in der Untersuchung der Symptomatik, wobei kritisch angemerkt werden muß, daß die Menge der Symptomatik nicht unbedingt ein Indikator für die störende Auswirkung der Symptomatik ist. Offenbar hängt aber die Einschätzung und Interpretation des Patientenverhaltens, was durch die sogenannte mad-bad Problematik beschrieben wird (vgl. u.a. Angermeyer & Finzen, 1984), mit der "Expressed Emotion"-Variable zusammen. Ein zweiter wichtiger Faktor scheint in der Selbsteinschätzung der Angehörigen als isoliert und wenig kompetent zu liegen. D.h., die Angehörigen, die sich aus Scham- und Schuldgefühlen zurückgezogen hatten oder wegen der Erkrankung des Patienten Ablehnung erfuhren, reagierten auf diese soziale Kränkung mit Feindseligkeit, Kritik und mangelnder Wärme dem Patienten gegenüber. So läßt sich das problematische Interaktionsverhalten der Angehörigen als Reaktion auf das Leiden an der Erkrankung interpretieren, durch die "Expressed Emotion"-Variable wird nicht ein "falsches" Interaktionsverhalten beschrieben, sondern eine Überforderung und Verunsicherung der Angehörigen durch die teilweise chronische Erkrankung deutlich. Bemühungen, die "Expressed Emotion" zu verringern, können sich demnach nicht auf die direkte Patienten-Angehörigen-Interaktion beschränken,

sie müssen die Belastung der Angehörigen senken, ihr Wissen über die Erkrankung erhöhen und die krankheitsbedingte Isolation der Angehörigen verringern. Vielleicht kann die "Expressed Emotion"-Variable als ein Indikator dafür verstanden werden, wie gut oder wie schlecht die Bewältigung der Erkrankung durch das gesamte Umfeld einschließlich der professionellen Hilfsangebote gelingt.

Literatur

- AMDP (1981). Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie. 4. Auflage. Berlin/Heidelberg/New York: Springer.
- Angermeyer, M.C. & Schwoon, D.R. (1982). Familiäre Beziehungsmuster und Patientenkarrieren männlicher schizophrener Kranker. *Social Psychiatry*, 17, 13-22.
- Angermeyer, M.C. & Finzen, A. (Hrsg.) (1984). Die Angehörigengruppe. Familien mit psychisch Kranken auf dem Weg zur Selbsthilfe. Stuttgart: Enke.
- Bebbington, P. & Kuipers, L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: An aggregate analysis. *Psychological Medicine*, 24, 707-718.
- Beckmann, D. & Richter, H.E. (1972). Der Gießen-Test. Bern: Huber.
- Beckmann, D., Brähler, E., Richter, H.E. (1990). Der Gießen-Test. Vierte, überarbeitete Neuauflage mit Neustandardisierung. Bern: Huber.
- Brewin, C.R., MacCarthy, B., Duda, K. & Vaughn, C. (1991). Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 546-554.
- Buchkremer, G. (1984b). Therapeutische Angehörigenarbeit bei rückfallgefährdeten schizophrenen Patienten. Projektantrag beim BMFT (Förderungsnummer 01 ZX 024/7).
- Buchkremer, G. & Schulze Mönking, H. (1991). Therapeutische Angehörigenarbeit bei rückfallgefährdeten schizophrenen Patienten. Unveröffentlichter Abschlußbericht über ein Forschungsprojekt. Universität Münster.
- Buchkremer, G., Schulze Mönking, H., Lewandowski, L. & Wittgen, C. (1986). Emotional atmosphere in families of schizophrenic outpatients: Relevance of a practice-orientated assessment instrument. In: Goldstein, M.J., Hand, I. & Hahlweg, K. (Hrsg.): *Treatment of schizophrenia, Family assessment and intervention*. Berlin: Springer, 79-84.
- Cozolino, L.J., Goldstein, M.J. & Nuechterlein, K.S. et al. (1988). The impact of education about schizophrenia on relatives varying in levels of expressed emotion. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 675-686.
- DSM III (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3. Auflage, American Psychiatric Association, Washington.
- Glynn, S.M., Randolph, E.T., Eth, S., Paz, G.G., Leong, G.B., Shaner, A.L. & Strachan, A. (1990). Patient psychopathology and expressed emotion in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 157, 877-880.
- Greenley, J.R. (1986). Social control and expressed emotion. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 24-30.

- Kavanagh, D.J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160, 601-620.
- Koenigsberg, H.W. & Handley, R. (1986). Expressed emotion: From predictive index to clinical construct. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1361-1373.
- MacCarthy, B., Hemsley, D., Schrank-Fernandes, C., Kuipers, L. & Katz, R. (1986). Unpredictability as correlate of expressed emotion in relatives of schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*, 148, 727-730.
- Schulze Mönking, H. & Buchkremer, G. (1995). Emotional family atmosphere and relapse: Investigations on the role of relapse definition, duration of illness and resignation of relatives. *European Psychiatry*, 10, 85-91.
- Stricker, K. (1995). Zur Messung und Bedeutung der Expressed Emotion in Familien schizophrener Patienten. Möglichkeiten und Grenzen eines alternativen Meßverfahrens. Regensburg: Roderer.

Anschrift des Erstautors:

Dr. phil. K. Stricker
 St. Rochus Hospital
 48291 Telgte